

## Appeal/Hearing Request Form

No es obligatorio completar este formulario antes de solicitar una audiencia o apelación, pero es posible que eso nos ayude a resolver el problema más rápidamente. Complete y envíe este formulario por correo a:

Health Care Authority  
PO Box 45504  
Olympia, WA 98504-5504

También puede ingresar en su cuenta de beneficios de salud en [www.wahealthplanfinder.org](http://www.wahealthplanfinder.org) para presentar su solicitud/apelación. Si desea realizar alguna consulta sobre el proceso de audiencia o apelación, comuníquese con Washington Healthplanfinder al 1-855-923-4633.

---

Nombre: \_\_\_\_\_ ID de la solicitud: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda para hablar, leer o escribir en inglés?

No  Sí ¿En qué idioma? \_\_\_\_\_

### Marque los casilleros que describen mejor sus motivos para realizar la apelación.

- El crédito fiscal para primas del seguro de salud se rechazó o canceló incorrectamente.
- El monto de la prima para el crédito fiscal del seguro de salud no es correcto.
- Washington Apple Health ha sido rechazado o cancelado.
- La situación de inmigración/ciudadanía de un miembro de mi grupo familiar no es correcta.
- Los miembros incluidos en mi grupo familiar no son correctos.
- El monto y/o tipo de ingreso usado para determinar mi elegibilidad no es correcto.
- El sobrepago que se estableció no es correcto.
- Otros motivos o comentarios adicionales- Por favor, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Marque este casillero si otra persona lo ayudará con la audiencia/apelación o lo representará durante el proceso de audiencia/apelación. Esa persona puede ser un abogado, un amigo o un familiar. Indique la información de contacto de esa persona:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_